

- interventions using a sensory integrative approach for children. *American Journal of Occupational Therapy* 64: 403–414.
- Miller LJ (1988). *Miller Assessment for Preschoolers: MAP manual* (Rev. ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Miller LJ, Coll JR, Schoen SA (2007a). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *American Journal of Occupational Therapy* 61: 228–238.
- Miller LJ, Shoen SA, James K, Schaaf RC (2007b). Lessons learned: a pilot study on occupational therapy effectiveness for children with sensory modulation disorder. *American Journal of Occupational Therapy* 61: 161–169.
- Mostofsky SH, Dubey P, Jerath VK, Jansiewicz EM, Golcberg MC, Denckla MB (1982, 2006). Developmental dyspraxia is not limited to imitation in children with autism spectrum disorders. *Journal of International Neuropsychological Society* 12: 314–326.
- Ottenbacher K (1982). Sensory integration therapy: affect or effect. *American Journal of Occupational Therapy* 36: 571–578.
- Parham LD, Roley SS, May-Benson TA, Koomer J, Brett-Green B, Burke JP, Cohn ES, Mailloux Z, Miller LJ, Schaaf RC (2011). Development of a fidelity measure for research on the effectiveness of the Ayres Sensory Integration intervention. *The Journal of Occupational Therapy* 65: 133–142.
- Pfeiffer BA, Koenig K, Kinnealey M, Sheppard M, Henderson L (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: a pilot study. *American Journal of Occupational Therapy* 65: 76–85.
- Polatajko HJ, Law M, Miller J, Scagher R, Macna J (1991). The effect of a sensory integration program academic achievement, motor performance, and self-esteem in children identified as learning disabled: result of a clinical trial. *Occupational Therapy Journal of Research* 11: 155–176.
- Section On Complementary And Integrative Medicine; Council on Children with Disabilities; American Academy of Pediatrics, Zimmer M, Desch L (2012). Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics* 129: 1186–1189.
- Schaaf RC, Hunt J, Benevides T (2012). Occupational therapy using sensory integration to improve participation of a child with autism: a case report. *American Journal of Occupational Therapy* 66: 547–555.
- Smith SA, Press B, Koenig KP, Kinnealey M (2005). Effects of sensory integration intervention on self-stimulating and self-injurious behaviors. *American Journal of Occupational Therapy* 59: 418–425.
- Tsuchida R, Sato T, Yamada T, Matsushita N (1989). *Japanese Version of the Miller Assessment for Preschoolers*. Tokyo: Harcourt Brace Jovanovich.
- Watling RL, Dietz J (2007). Immediate effect of Ayres's sensory integration-based occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders. *American Journal of Occupational Therapy* 61: 574–583.
- Wilson BN, Kaplan BJ (1994). Follow-up assessment of children receiving sensory integration treatment. *Occupational Therapy Journal of Research* 14: 244–266.
- Wuang YP, Wang CC, Huang MH, Su CY (2009). Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopmental treatment, and perceptual-motor therapy on the sensorimotor performance in children with mild mental retardation. *American Journal of Occupational Therapy* 63: 441–452.
- Ziviani J, Poulsen A, O'Brien A (1982). Effect of a sensory integrative/neurodevelopmental programme on motor and academic performance of children with learning disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal* 29: 27–33.

ICD-11 プライマリ・ケア版の動向 ——新たな診断カテゴリ導入の可能性——

中根 秀之

現在、2015年の総会での承認に向けてICD-11の改訂作業が進行している。精神科領域においてICD改訂の影響は重大であると考えられる。プライマリ・ケアとの連携を考える上で、現在作成されているICD-11-PHCのドラフトの動向に注目した。ICD-11-PHCの改訂については、一般医療においてみられるコモンメンタルディスオーダーに密接に関連した分類であること、身体疾患と精神疾患の間における“co-morbidity”を検討すること、さらにコモンメンタルディスオーダーの治療を要する事例であるか否かあるいは、重症度の評価が行えることを目的にしている。ICD-11-PHCドラフトは、28のカテゴリとその詳細な臨床記述から構成されている。現段階のICD-11-PHCドラフトは、ICD-10-PHCに比べカテゴリ数が増加した。神経衰弱、恐怖症性障害やパニック障害などの不安障害は削除されている。一方で、自閉症スペクトラム、PTSD、パーソナリティ障害などの新たな診断カテゴリが導入されている。さらに、anxious depressionとbodily stress syndrome、健康不安や持続性精神病性障害などの呼称変更が提案されている。我々は、このような新たな診断概念について知り、今後現れるICD-11へ理解を深めていくことが必要であると思われる。

<索引用語：ICD-10-PHC, ICD-11-PHC, anxious depression, bodily stress syndrome, プライマリ・ケア>

はじめに

現在、2015年の総会での承認に向けてICD-11の改訂作業が進行している。医学のすべての分野を網羅し、世界の医療専門職や一般住民が利用できるよう整備するため、その作業の膨大さは想像に難くない。精神科領域においては、先ごろ米国精神医学会によりDSM-5の出版が行われ、精神医学への影響は少なくはない。今後改訂が控えるICD-11の果たす影響・役割もまた大きいことが予想される。ICD-11については、アルファ版の公開はなされているものの、いまだ全貌を把握することはできない。そのため、現在作成されているICD-11-PHCのドラフトについて注目し、その

先にみえるICD-11を考えてみたい。

精神障害の中でも、精神科医あるいは心療内科医といった精神医学的専門領域にかかわる医師だけでなく、いわゆる一般診療科医、プライマリ・ケア医、開業医など、さらにはコメディカル・スタッフを含めて、彼らが出会うことの多い精神疾患を「コモンメンタルディスオーダーズ(Common mental disorders: CMDs)」と称することが知られている。CMDs研究で著明な成果を上げたGoldberg, D.は、先行研究の成果をもとに、一般人口集団における精神保健上に問題を抱える人の頻度を人口1,000人対260~315人の有病率として、彼らの医療へのアプローチについて、「five

levels and four filters」仮説を呈示した⁵⁾。

歴史的には、Minor psychiatric morbidity^{2,3,8,19)}や Minor psychiatric disorder^{6,7)}などと呼ばれたこともあるが、1990年に入った頃から英国のグループを中心に、それまでの成果をもとに Common mental disorders⁴⁾という呼称にまとまった。国内的には、臨床各科の日常診療で遭遇する機会の多いうつ病、不安障害、パニック障害、転換性・解離性障害、身体表現性障害、パーソナリティ障害、および様々な心身症など、かなり多くのものがCMDsとしてカバーされると考えられる。しかし、既記したCMDsがさらに広い概念になっているのか、たとえばPubMedで「common mental disorders」と「definition」をキーワードで検索すると600件以上がリストアップされてくる。これらのうち、確かに精神医学関連のCMDs範疇で理解できるものが少なくない、しかし、ICD-10 G神経疾患を含む身体疾患の中でも、精神疾患ないし異常な精神状態とほとんど関係がうかがえないものがあるだけでなく、また必ずしも頻繁に遭遇する疾患とは考えられないものも含まれている。CMDsの範囲で考えられた疾患の中に、精神医療と直接的には関係のないものが含まれた背景には、そうした疾患が生物学的異常性を中心であるとしながらも、心理社会的な配慮の必要性が要請されたからかもしれない。

いずれにしても、プライマリ・ケアで使用される精神障害に関するICD-11-PHCの重要性は増しており、WHOもこのことを強く認識していることから、Goldbergを中心に、改訂作業を進めている。

I. ICD-10-PHC

精神医学的診断システムについては、ICD-10ファミリー^{16,17)}において、先述のCMDsを対象とした世界保健機関 (World Health Organization: WHO) によるICD-10精神障害のプライマリ・ケア版 (以下、ICD-10-PHC) が開発され1996年に出版 (日本語版1998年)¹⁸⁾された。ICD-10-PHCについては、その後のフィールド・トライアルに

て、修正が加えられている。またICDシステムとの容易な互換を目指して、一般診療医が使用できるように世界家庭医機構 (World Organization of Family Doctors: WONCA) によるプライマリ・ケア国際分類 (International Classification of Primary Care: ICPC) が作成された。2002年には、日本プライマリ・ケア学会からプライマリ・ケア国際分類第2版日本版¹⁴⁾が出版されている。一方、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) によるDSM¹⁾についても、同様に Primary Care version (以下、DSM-IV-PC)¹⁵⁾が作成されている。残念ながら、わが国においてこれらプライマリ・ケア医向けのICD-10-PHCおよびDSM-IV-PCは、これまでほとんど使用されていない¹¹⁾。

ICD-10-PHCは、26の精神医学診断カテゴリーのうち、F6成人の人格および行動の障害、F8心理的発達の障害を除く、プライマリ・ケアで遭遇するであろう精神障害から構成されている (表1)。通常あまり使用されないZ項からZ63の喪失体験後症候群が取り上げられていることも特徴の1つである。各診断カテゴリーの構造は、臨床的記述として主訴、特徴、鑑別診断に加え、診療指針として、患者と家族への説明、患者や家族への助言・指導、治療、専門家への相談がまとめられている。

ICD-10-PHCは、精神医療リソースの十分ではない中・低所得国などで限られた運用であった。しかし、診断アルゴリズムを早期に導入し、医師だけではなく看護師をはじめとしたコメディカル・スタッフも利用できるより簡便に精神医学的診断が可能なシステムを提示している。たとえば、質問は、アルコール、タバコ、薬物の使用の有無から開始され、F0認知症、F0せん妄、F2精神病へと連なる器質性精神障害と、適応障害から始まるF3、F4、F5へと展開している。このように今見返してみても、診断アルゴリズムなど、比較的ユーザーフレンドリーなインターフェイスをもつなどユニークな部分もあった。

表1 ICD-10-PHCの構成

コード	診断名 (英)	診断名 (和)
F0	F00# Dementia	痴呆 (認知症)
	F05 Delirium	せん妄
F1	F10 Alcohol use disorders	アルコール使用による障害
	F11# Drug use disorders	薬物使用による障害
	F17.1 Tobacco use problems	タバコの使用による障害
F2	F20# Chronic psychotic disorders	慢性精神病
	F23 Acute psychotic disorders	急性精神病
F3	F31 Bipolar disorder	双極性障害 (双極性感情障害, 躁うつ病)
	F32# Depression	うつ病
F4	F40 Phobic disorders	恐怖症性障害
	F41.0 Panic disorder	パニック障害
	F41.1 Generalized anxiety	全般性不安
	F41.2 Mixed anxiety and depression	不安・抑うつ混合状態
	F43.2 Adjustment disorder	適応障害
	F44 Dissociative (conversion) disorder	解離性障害 (転換ヒステリー)
	F45 Unexplained somatic complaints	説明不能な種々の身体症状
	F48.0 Neurasthenia	神経衰弱
F5	F50 Eating disorders	摂食障害
	F51 Sleep problems	睡眠障害 (不眠)
	F52 Sexual disorders	性機能障害
F7	F70 Learning disability	精神遅滞
F9	F90 Hyperkinetic (attention-deficit) disorder	多動性 (注意欠陥) 障害
	F91# Conduct disorder	行為障害
	F98.0 Enuresis	遺尿症
Z	Z63 Bereavement	喪失体験後症候群
F9	F99 Mental disorder, not otherwise specified	精神疾患, 特定困難
	U50#	未使用/どのカテゴリーに割り当てるか一時的に未定

II. ICD-11-PHC 改訂の目的

先にも述べたが、ICD-10-PHCは、精神医療リソースの十分ではない中・低所得国などで限られた運用であり、残念ながら日本ではほとんど使用される機会はなかった。これは、わが国の医療リソース、医学教育の充実に関連するところも大きいと考える。しかし、自殺、がんなどの問題から、日本においては、精神科医と一般医との連携をより深く考えるために、ICD-11への改訂に際し、プライマリ・ケア版の果たす役割は大きいものと考え、今回、ICD-11-PHCの改訂については、一般医療においてみられるCMDsに密接に関連した分類であること、身体疾患と精神疾患の間における“co-morbidity”を検討すること、さらにCMDsの治療を要する事例であるか否かさらに

は、重症度の評価が行えることを目的にしている。

III. ICD-11-PHCのドラフト

2007年秋に入った頃から国際疾病分類の新たな改訂ICD-11への動きが徐々に進行してきたが、臨床現場で活用できるまでにはさらに相当の期間を要すると考えられる。しかし、ICD-11-PHCのワーキンググループは、改訂作業開始当初より活発な活動を続けている。

2012年にLamら⁹⁾がICD-11-PHCに関連してanxious depressionとbodily stress syndromeの導入の可能性について報告している。Anxious depressionとbodily stress syndromeの新たな2つの診断カテゴリーについて、7カ所のプライマリ・ケアの専門家に対してフォーカスグループに

よる質的研究を行った。その結果、anxious depression については、診断のための症状の持続期間が2週間では短いことが指摘されたが、診断カテゴリとしては受け入れやすいものであった。一方、bodily stress syndrome については medically unexplained symptoms よりも良い診断カテゴリではあるが、診断基準の設定については統一した意見を得ることができなかった。このようなエビデンスを蓄積する形で、ドラフトが作成されてきた。ICD-11-PhC のドラフトで示される上記2つの診断カテゴリは、プライマリ・ケアでみられる SAD (Somatization, Anxiety, Depression) triad¹⁰⁾を整理する概念といえよう。

現在新たな ICD-11-PhC ドラフトは、28 のカテゴリから構成されている。28 それぞれのカテゴリについて、表面化している症状、臨床記述、診断に必要な症状、関連症状、重症度、小児期にみられる病態、鑑別診断が記載されている。

ICD-11-PhC については、まだドラフトであり、今後の修正の可能性もあるため、ここでは、ICD-11-PhC ドラフトのカテゴリの中で anxious depression (仮訳：不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) について、表2、3に臨床記述の一部を示す。

ここに示した一部のように、ICD-11-PhC ドラフトでは、診断にかかわる質問の方法から、認められる精神症状とその持続期間や該当する症状数、重症度まで詳細な臨床的記述がなされているため、これらをもとに診断に至ることができる。これは、ICD-11-PhC ドラフトが、診断マニュアルとしての性格をもっているといえる。ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準や DSM 診断システムでみられる操作的診断基準に通じるものである。

Anxious depression (仮訳：不安抑うつ) については、ICD-10-PhC においても Mixed anxiety and depression (不安・抑うつ混合状態)としてカテゴリ化されているものの、特徴は抑うつ気分、悲哀感、興味、喜びの喪失、強い不安と心配が挙げられているのみで、診断は困難であろう。

Bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) についても、ICD-10-PhC では Unexplained somatic complaints (説明不能な種々の身体症状)に近い概念と考えられるが、身体医学的には説明できない多彩な身体症状、異常所見がないにもかかわらず、医療機関を頻回に受診する、抑うつや不安の症状はよくみられることが特徴として挙げられ、診断カテゴリの印象は曖昧さが残り、Mixed anxiety and depression との鑑別はさらに困難である。

Anxious depression (仮訳：不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) については連続する部分があるが、不安抑うつがある場合には bodily stress syndrome と診断しないことから、階層は anxious depression が上位にあると考えられる。

さらに、本ドラフトでは、今後修正される可能性のあるカテゴリとして、身体ストレス症候群、自傷行為、急性ストレス反応の3つが挙げられている。

IV. ICD-11-PhC ドラフトと ICD-10-PhC の比較

ICD-11-PhC ドラフトの大きな特徴の1つとして、カテゴリ数の増加が指摘できる。ICD-10-PhC では26であったものが、ICD-11-PhC ドラフトでは28に増えている。プライマリ・ケアにかかわる医療スタッフにより多くの疾患に関する理解を期待している表れであろう。

次に、新たな診断カテゴリの導入である。自閉症スペクトラム障害、特異的学習障害、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、急性ストレス反応、自傷行為、パーソナリティ障害が、新たなカテゴリとして登場している。今まで適応障害以外のストレス関連障害やパーソナリティ障害は、ICD-10-PhC には取り上げられていなかったが、ICD-11-PhC ドラフトから導入が示されている。ストレス関連障害が一般医の手に委ねられる可能性があることは、診断の運用については一般医にも十分な知識の提供が必要であると思われる¹²⁾。また知的障害と ADHD 以外に、自閉症スペクトラム障害

表2 anxious depression (仮訳：不安抑うつ) について

anxious depression (仮訳：不安抑うつ)	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 表面化している症状： <ul style="list-style-type: none"> — 身体的な症状を訴えて来院する 경우가³多いが、診察の中で、身体面での症状に加えて不安と抑うつの症状もあることが明らかになる。少数であるが、抑うつの症状のみを訴える場合もある。プライマリケア現場において、これらの症状は、健康状態を社会的決定因子にしばしば依存し、また影響される。したがって、患者のアセスメントおよび治療にあたり、心理社会的問題を考慮する必要がある。また、体重減少などの身体的な症状を呈する患者もいる。 ◦ 臨床記述： <ul style="list-style-type: none"> — 不安抑うつとは不快感障害であり、不安と抑うつ症状が混在する。これらによる著しい苦痛や機能不全は、機能障害を引き起こし、また受診の契機となる。“S”はスクリーニング項目を表し、どちらも該当しなければ、残りの項目を質問する必要はない。 ◦ 診断に必要な症状： <ul style="list-style-type: none"> — 躁エピソードの既往はない。以下のうち、不安と抑うつの症状が各3つ該当する期間が2週間以上継続していること。 ◦ 「不安」症状は： <ul style="list-style-type: none"> — 神経質、不安、またはいらいらしている (S) — 心配をコントロールできない (S) <ul style="list-style-type: none"> ・ リラックスできない ・ じっとしていられないほど落ち着かない ・ 何か恐ろしいことが起こるのではないかとの不安 ◦ 「抑うつ」症状は： <ul style="list-style-type: none"> — 持続的な抑うつ気分 (S) — 興味または喜びの著しい減退 (S) <ul style="list-style-type: none"> ・ 無価値観または罪責感 ・ 集中力の低下 ・ 反復的に死や自殺について考える ◦ 重症度： <ul style="list-style-type: none"> — 閾値以下の不安抑うつにおいては、3~5つの症状がみられ、いくつかの活動において困難があるかもしれない。 — 軽度の不安抑うつにおいては、6~7つの症状が、2週間にわたり毎日みられる。患者は症状による苦痛を感じているが、ほとんどの活動をなんとかこなすことはできている。ただし、それらにおける困難はより高まっている。 — 中等度の不安抑うつにおいては、8以上の症状がみられ、少なくとも1つ以上の領域において著しい能力低下がみとめられる。食欲や体重の変化、睡眠不足、日中の気分の変化、性欲の減退など、神経失調症状を呈することもある。また、パニック発作がみられる場合もある。 — 重度の不安抑うつにおいては、すべての症状がみられ、ほとんどの領域（仕事、家族、日常生活）において重度の苦痛による影響を受ける。症状の中には特に重度のものがあり、また、運動焦燥を示す場合もある。 ◦ 小児期：思春期前の抑うつは、特に男児においては身体面での特徴、いらだちやすさ、反抗的な行動が目立ち、反抗挑戦性障害と誤診されやすい。また、学業成績の低下もみられる場合がある。 	

や特異的学習障害が追加されたことから、児童における精神障害が強化された印象である。

3つ目は、診断カテゴリーのコンセプト変更や呼称変更などである。先に述べた anxious depression (仮訳：不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) は、これま

での診断カテゴリーのコンセプトの変更であると考えられる。これら以外にも、健康不安、持続性精神病性障害、行為障害（反抗挑戦性障害を含む）などが挙げられる。持続性精神病性障害は、ICD-10-PhC では、Chronic psychotic disorders であつたものが³、Persistent psychotic disorders に

表3 bodily stress syndrome (BSS) (仮訳: 身体ストレス症候群) について

bodily stress syndrome (BSS) (仮訳: 身体ストレス症候群)	
• 表面化している症状と訴え:	一ひどい苦悩に関連して徐々に複数の身体症状を呈し, 能力低下もみられる。
• 臨床記述:	一患者は複数の持続する身体症状を呈し, それらの症状は同時にみられる。症状は文化に影響されたり, 経時的に変化したりする可能性がある。BSS 診断にあたっては, ある段階において自律神経性覚醒症状, 筋骨格緊張, または身体疾患の神経性および認知性の症状がみられ, またそれらが日常生活に著しく, 支障をきたしていることが条件となる。症状は苦悩をもたらすものである, および/または日常生活に大きな支障をもたらし, また, 症状の医学的深刻さに関する持続的な懸念をもたらす。
• 症状のパターン:	一心肺の症状の例: 動悸, 前胸部不快感, 労作時でないときの息切れ, 過呼吸, 汗または冷汗, 震え, 口渇 一消化器の症状の例: 腹痛, 排便回数の増加, 腹部膨満感, 逆流, 便秘, 下痢, 悪心, 嘔吐, 胸部または上腹部の灼熱感 一筋骨格緊張の症状の例: 腕や脚の痛み, 筋肉痛, 関節痛, 運動麻痺または局所的筋力低下の感覚, 腰痛, 移動の際の痛み, 嫌なしびれ, またはうずく感覚 一不特定の全身症状の例: 集中困難, 記憶の機能障害, ひどい疲労感, 頭痛, めまい
• 診断に必要な症状:	一患者は以下の症状を呈する: ・自律神経性の過覚醒(心肺, 消化器, 筋骨格)に由来する持続する症状が徐々に少なくとも3つ, もしくは疲労や極度の疲労の一般的症状として ・症状に必要以上の時間やエネルギーを割く様子から, 患者が健康に不安を抱えていることがわかる ・症状は苦悩をもたらすものであり, また著しい能力低下を生じる
• 除外事項:	一臨床レベルでの不安または抑うつを呈している場合, BSS とは診断しない。しかし閾値下の不安抑うつである可能性はある。症状が既存の身体疾患によるものとわかっている場合, BSS とは診断しない。
• 重症度:	一軽度: 患者は, 1つの身体器官のみの症状を訴える。患者は症状による苦痛を感じているが, ほとんどの活動をなんとかこなすことはできている。ただし, それらにおける困難はより高まっている。 一中等度: 患者は, 1つの身体器官に複数の問題があると訴え, 症状に関連して著しい苦痛や能力低下がみとめられる。 一重度: 複数の身体器官に症状があり, 能力低下/苦痛が深刻である。

呼称が変更されている。Health anxiety (仮: 健康不安) については, 心気症に代わる呼称として使用されている。また, 身体疾患の一部である膀胱・直腸のコントロールの問題についても, ICD-10-PHC の Enuresis (遺尿症) に比べ, より範囲の広い障害を示す形となっている。呼称の変更については, わが国において2002年8月に精神分裂病から統合失調症へ変更¹³⁾が行われたことが一定の評価を得ていると考えられる。スティグマの克服のためにも正しい精神障害の理解ができるよう

な呼称が必要であると考えられる。

最後は, 削除された診断カテゴリである。これは, F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害に含まれる恐怖症性障害, パニック障害, 全般性不安障害, 適応障害, 神経衰弱である。多くの不安障害に関連する診断が削除されていることに気付く。一方で, 適応障害が外れたことについては, やや違和感を禁じ得ない。本来明らかなストレス要因に伴う不安抑うつ症状, 身体症状などは, プライマリ・ケアの臨床場面で経験

するものとする。ICD-11-PHCドラフトでは、おそらく anxious depression や、急性ストレス反応あるいは depression, anxiety などの診断カテゴリを用いることになるのではないかと考える。

おわりに

内科診療の現場における精神科疾患の診かたを学ぶ教育訓練システムとして米国で始まった PIPC (Psychiatry In Primary Care) の活動もわが国に広がりつつある。このように、プライマリ・ケア分野においても、精神保健・精神医療への関心が高まってきている現状がある。このためこのような活動や研究に精神科医も積極的に参加し、精神医学に触れる機会を増やすことで、一般医の精神医療に関する診断・治療技術の向上を目指すことができるのではないかと考えられる。今後新たな診断カテゴリの導入も考えられる現状において期待されるべき診断システムは、精度や適正な運用に加え、スティグマ克服に向けた名称の検討であろう。

現段階の ICD-11-PHC ドラフトにおいて、神経衰弱、恐怖症性障害やパニック障害などの不安障害は削除されている。一方で、上記の新診断カテゴリに加え自閉症スペクトラム、PTSD、パーソナリティ障害などの新たな診断カテゴリの導入、健康不安や持続性精神病性障害などの呼称変更により、カテゴリ数が増加している。ICD-11-PHC については、ドラフトをもとに今後国際フィールド・トライアルを実施することが計画されている。それらの結果を踏まえて、ICD-11 本体への新しい診断カテゴリの導入の可能性も考えられる。我々は、このような新たな診断概念について知り、今後現れる ICD-11 へ理解を深めていくことが必要であると思われる。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. APA Washington, D. C., 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸ほか訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の分類・統計マニュアル新訂版, 医学書院, 東京, 2004)
- 2) Cheng, T. A. : A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol Med*, 18 ; 953-968, 1988
- 3) Finlay-Jones, R., Burvill, P. : The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychol Med*, 7 ; 474-489, 1977
- 4) Goldberg, D., Bridges, K., Cook, D., et al. : The influence of social factors on common mental disorders : destabilization and restitution. *Br J Psychiatry*, 156 ; 704-713, 1990
- 5) Goldberg, D., Huxley, P. : Common mental disorders. A Bio-Social Model. Routledge, London, 1992 (中根允文訳 : 一般心療科における不安と抑うつ, コモン・メンタル・ディスオーダーの生物・社会的モデル, 創造出版, 東京, 2000)
- 6) Grayson, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. : The relationship between symptoms and diagnoses of minor psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med*, 17 ; 933-942, 1987
- 7) Huxley, P. J., Goldberg, D. P. : Social versus clinical prediction in minor psychiatric disorder. *Psychol Med*, 5 ; 96-100, 1975
- 8) Jenkins, R. : Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychol Med Monogr Suppl.* 7, 1985
- 9) Lam, T. P., Goldberg, D. P., Dowell, A. C., et al. : Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC : an international focus group study. *Fam Pract.* 30 (1) ; 76-87, 2013
- 10) Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., et al. : Depression, anxiety and somatization in primary care : syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30 (3) ; 191-199, 2008
- 11) 中根秀之, 大野 裕, 丸田敏雅 : プライマリ・ケア・バージョン ICD システムの開発のために. *精神科診断学*, 4 (1) ; 36-45, 2011
- 12) 中根允文, 中根秀之 : 社会精神医学と精神科診断. *臨床精神医学*, 41 (5) ; 491-497, 2012

- 13) Sato, M. : Renaming schizophrenia : a Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5 (1) ; 53-55, 2006
- 14) 重本洋定, 藤田伸輔, 山岡雅顕 : プライマリ・ケア国際分類第2版. 日本プライマリ・ケア学会, 東京, 2002
- 15) 武市昌士, 佐藤 武訳 : DSM-IV-PC プライマリ・ケアのための精神疾患の診断・統計マニュアル—ICD-10 コード対応. 医学書院, 東京, 1998
- 16) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical description and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか訳 : ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン新訂版. 医学書院, 東京, 2005)
- 17) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research. WHO, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳 : ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準新訂版. 医学書院, 東京, 2008))
- 18) WHO : Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care : ICD-10 Chapter V Primary Care Version. WHO, Geneva, 1996 (中根允文, 吉武和康, 園田裕香訳 : ICD-10 プライマリ・ケア医における精神疾患の診断と治療指針. ライフサイエンス出版, 東京, 1998)
- 19) Williams, P., Tarnopolsky, A., Hand, D., et al. : Minor psychiatric morbidity and general practice consultations : the West London Survey. *Psychol Med Monogr Suppl.* 9, 1986
-

Trend in ICD-11 Primary Health Care Version —Possibility of Introducing New Psychiatric Diagnosis Categories

Hideyuki NAKANE

*Department of Psychiatric Rehabilitation Science, Unit of Rehabilitation Sciences,
Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences*

Revision of ICD-11 will be submitted for approval at the general assembly in 2015. The influence of the ICD revision will be marked in the field of psychiatry. The trend in developing ICD-11-PHC is promoting cooperation with primary carers.

The goals of the revision of ICD-11-PHC are as follows : 1) To produce a classification system that corresponds more closely to common mental disorders encountered in general medical practice ; 2) The “co-morbidity” we want practitioners to recognize is that between physical and psychological disorders ; 3) To allow dimensions of severity of some common disorders to be recognized, rather than case/non-case distinctions.

The ICD-11-PHC draft consists of 28 categories and detailed clinical descriptions. The number of categories has increased in the ICD-11-PHC draft in comparison with ICD-10-PHC. Anxiety disorders such as neurasthenia, and phobic disorders and panic disorder have been deleted. On the other hand, new diagnostic categories such as autistic spectrum disorder, PTSD, and personality disorder have been introduced. Furthermore, name changes such as anxious depression, bodily stress syndrome, health anxiety, and persistent psychotic disorders have been suggested. We should be aware of such new diagnostic concepts. In addition, it is thought that it is necessary for us to deepen our understanding of ICD-11, which will be important in the future.

< Author's abstract >

< **Keywords** : ICD-10-PHC, ICD-11-PHC, anxious depression, bodily stress syndrome,
primary health care >

特集

うつ病の早期介入、予防Ⅱ

うつ病に対するプライマリケアの役割*

貫井祐子¹⁾ 中根秀之²⁾

Key words

Depression, Primary care, Diagnosis, Initial treatment, Collaborative care

はじめに

わが国では年間の自殺者数が3万人を超える状態が10年以上続き、2012年には3万人を下回ったものの、依然として高い水準を維持している。自殺の重要な危険因子である精神障害の中でも、気分障害のために医療機関を受診した患者は2008年に100万人を超えており、厚生労働省は「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を立ち上げた¹⁾。この中で自殺対策の重要な柱として精神医療の質の向上と精神科医療システムの整備・拡充が挙げられている。また精神障害は「広範で継続的な医療を提供して、国民の健康を保持する」対象の疾患およびこれに対する事業である「5疾病5事業」の医療計画に加えられた。自殺や精神障害、特に気分障害への対策が重要課題であり、精神科医療の水準が引き上げられることに対する強い社会的要請があることを示している。

こうした状況を受けて近年ではうつ病や自殺対策の重要性が広く認識されるようになり、精神科を専門としない医療者を対象としたうつ病に関連

する啓発活動が盛んである。うつ病の早期発見や自殺予防の活動を実践する上で、うつ病の人や自殺の可能性が高い人を発見する機会の多いプライマリケア医の担う役割が特に重要であることは異論のないところであろう。わが国においては、欧米のようなプライマリケア医は不在であるが、内科や外科などの一般医がかかりつけ医としてプライマリケア医の役割を担っていると考えられる。その現場においても、うつ病を見逃すまいとする機運は徐々に広がっているように思われる。プライマリケア医の立場からすると、必要に差し迫られた結果であるかもしれないが、うつ病の診断・治療に主体的に取り組む者も増えているようである。

具体的には、内科やプライマリケアといった専門領域の中で適切な精神科的対応ができるよう、米国で考案された「プライマリケア医のための精神医学」(Psychiatry in Primary Care; PIPC)プログラムが日本においても活用されるようになってきている²⁾。しかしながらゲートキーパーとしてのプライマリケア医とメンタルヘルスの専門家

* The Role of Primary Care for Depressive Disorder

1) 長崎県精神医療センター (☎ 856-0847 長崎県大村市西部町 1575-2), NUKUI Yuko : Nagasaki Medical Center of Psychiatry, Omura, Japan

2) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻リハビリテーション科学講座精神障害リハビリテーション学分野, NAKANE Hideyuki : Department of Psychiatric Rehabilitation Science, Unit of Rehabilitation Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences

表1 WHO/WMH-J2002-2006によるわが国の地域住民におけるDSM-IVによる精神障害の経験者の受診・相談行動の頻度(文献¹¹⁾より)

DSM-IV 診断/受診・相談先	医師受診			その他の相談
	精神科医	一般医	合計	
大うつ病性障害(n=259)	18.9	12.7	29.0	36.3
いずれかの気分障害(n=366)	18.3	13.1	27.9	33.9
いずれかの不安障害(n=276)	17.0	19.2	30.4	36.6
いずれかの物質関連障害(n=167)	16.2	7.2	21.0	22.8
いずれかの精神障害(n=711)	14.6	12.2	23.8	28.8

である精神科医との連携が必ずしもうまくいっていない現状があり、そのことがプライマリケア医に精神的対応への取り組みを躊躇させることにつながっているようにも思われる。

本稿においてはプライマリケアの現場でうつ病を早期に見出し、的確な治療につなげていく方策について、またその際重要になるプライマリケア医と精神科医の連携のあり方について、うつ病患者の支援につなげていく体制づくりについて、これまでに得られた知見をまとめながら考えていく。

うつ病の身体症状とプライマリケア

うつ病患者はさまざまな身体症状を訴え、精神科以外の診療科、特にプライマリケアを受診することが多い。国際的なうつ病患者を対象とした調査で、自発的には身体症状しか訴えない患者が69%を占めたとする報告²⁷⁾もあり、さまざまな身体愁訴が前面に出ることで精神症状が隠蔽される、いわゆる「仮面うつ病」が多いことが示唆される。わが国で行われた調査では、うつ病患者が最初に受診した診療科として、内科64.7%、婦人科9.5%、脳神経外科8.4%などが上位を占めており、精神科や心療内科を受診した者は10%に満たなかったとする報告もある¹⁷⁾。こうした調査結果は身体症状を主訴とする患者の中にうつ病患者が潜んでいる可能性を常に念頭に置き、早期発見・治療に結び付けていくことが必要であることを物語っている。

世界保健機関(World Health Organization; WHO)精神保健部が2000年に開始した世界精神保健調査(WHO/World Mental Health Survey; WHO/WMH)においては、日本の6県(岡山・長崎・鹿児島・栃木・山形・神奈川)の一般住民4,134人を対象に、2002年から2006年までの間に、構成面接法(WHO/CIDI)に則って個別の面接調査が実施された。この研究では、うつ病をはじめとするコモンメンタルディスオーダーズ(common mental disorders; CMDs)の有病率のみならず、受療行動についても調査された。すなわちWHO/CIDIにおいて、調査時点までのある時点で何らかのCMD(DSM-IVで)に罹患したとされる対象者が、何らかの不調を認識して受診または相談するに至った事例の頻度が示された。不安障害における医師受診および他の相談が最高であり、うつ病圏疾患が次に続くが、おおよそ30%にとどまっていることは知っておくべきであり、一般医と精神科医の受診比率ではわずかに精神科医が多く、先に記したようにプライマリケア医ないし一般診療医の精神医療への関与が無視できないことが明白になった(表1)¹¹⁾。

WHO西太平洋事務局(WPRO)の協力を得て1988年に長崎大学に加え、延世大学(韓国)、上海精神衛生センター(中国)と共同で、身体症状の発現頻度について調査したところ、50%を超えた身体症状は疲労・倦怠感86.3%、食欲不振68.5%、頭痛・頭重63.0%、性欲減退52.1%、心悸亢進・動悸52.1%であった。その他、わが国のうつ病患者の示す身体症状としては、倦怠感・

疲労感と睡眠障害が 80% 以上を占めており、頭痛、胃部不快感、動悸、便秘異常、肩・背部痛などが続いたという報告もある¹⁸⁾。精神科以外の診療科においてはこうした傾向を踏まえ、うつ病の身体症状の特徴を認識しておき、特に頻度の高い症状の訴えに対してうつ病を視野に入れた問診を行い、うつ病を見逃さないようにすることを期待したい。

さらに具体的に示すと、倦怠感・疲労感については症状の日内変動の有無、平日と休日の相違、生活への支障の程度などを確認し、単なる疲労と区別する必要がある。また睡眠障害については入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒に加え、熟眠感について詳しく確認したほうがよい。不眠の程度は入床・起床時刻や中途覚醒の頻度などにより数値で表現しやすく、うつ病の自覚がない患者に対しても問いかけやすい。不眠を訴える患者の 5 人に 1 人はうつ病であり、現時点でうつ病を発症してなくても 3 年以内にうつ病を発症する危険率が不眠のない者の 4 倍であるというデータ²⁰⁾からも、睡眠状態の把握が重要であることが再確認される。不眠の訴えからうつ病を疑うこと、その時点でうつ病でなくても将来うつ病を発症する可能性を念頭に置きながら診療を続けることの重要性が指摘されている²⁴⁾。

続いて食欲について確認することもうつ病診断において大切である。食事量の低下から体重減少を来している場合などは対応が急がれる。また単に食事の回数や摂取量の変化などを確認するだけでなく、おいしいものをおいしいと思えるか、食べたいと感じるか、という点を確認することで、興味・喜び・関心の状況について情報を得ることにつながる。

いずれの身体症状においても、症状の出現部位や程度が一定しないこと、自覚症状と他覚所見に乖離があること、諸検査で異常が確認できないこと、鎮痛剤などの対症療法に反応しないことなどもうつ病を示唆する所見と言える。プライマリケアの現場では、一見するとうつ病を考慮しない患者の中にうつ病が潜んでいる可能性を忘れてはな

らず、不定愁訴と決めつけることなく、うつ病を見逃さないための丁寧な問診を行うことを怠ってはならない。この際、本人の言葉に頼りすぎず、患者の表情、口調、姿勢、歩き方など患者が表出する雰囲気全体からうつ病を感じ取ること、家族など周囲の人からの情報も総合して判断することも大切である。

身体疾患に合併するうつ病

身体疾患に罹患している患者にうつ病の有病率が高いことはよく知られており、その頻度は 15~20%、疾患によっては 30% 以上に上るという報告がある⁵⁾。身体疾患の患者の多くは医療機関を受診しており、その過程でうつ病の併発に気付かれ、精神科にコンサルテーションされる例は多い。うつ病を併発すると、身体疾患の経過や予後に悪影響が及ぶこともよく知られており、うつ病を的確に把握し早期に対処することが求められる。

たとえば虚血性心疾患の場合、心筋梗塞後 5~15 日の間にうつ病を併発した患者の 6 か月後の死亡率はそうでない患者の 3.44 倍高く、再梗塞と同等の死亡予測因子であったという⁶⁾。うつ病の併発リスクは心疾患の重症度とは関連がなく、うつ病による健康増進への意欲低下、アドヒアランスの低下などの要因に加え、うつ病によって引き起こされる自律神経系やサイトカイン系の変化、血小板凝集能の亢進などの生物学的な変化から再梗塞が生じやすくなる結果、心疾患の予後に影響することが明らかになっている^{2,3,14)}。

脳梗塞後においても、うつ病を併発した患者は日常生活能力の改善の程度が不良となることが示されており²⁵⁾、うつ病に罹患しなかった患者に比べ 10 年間の死亡率が 3.4 倍高まったとの報告もある²¹⁾。糖尿病においてはうつ病を併発した患者は食事・運動療法への意欲や服薬アドヒアランスが低下し¹⁶⁾、うつ病に罹患しなかった患者に比べ 3 年間の死亡率が 2.3 倍高まったとされる¹⁰⁾。うつ病の重症度とインスリン抵抗性は相関するとの報告もあり³⁰⁾、うつ病は糖尿病の悪化要因の一つ

表 2 CMDs に関する 5 つのレベルと 4 つのフィルター (文献⁸⁾より改変)

Five Levels	Four Filters	Prevalence
レベル 1 (地域)	第 1 フィルター (疾病行動)	260-315/1,000/年
レベル 2 (プライマリ・ケア受診者—精神疾患有病者総数)	第 2 フィルター (障害の検出能力)	230/1,000/年
レベル 3 (プライマリ・ケア医が確認した精神疾患患者数)	第 3 フィルター (精神医療サービスへの紹介)	101.5/1,000/年
レベル 4 (精神医療サービス受診者数)	第 4 フィルター (精神科病院への入院)	23.5/1,000/年
レベル 5 (精神科入院患者数)		5.71/1,000/年

と言える。

身体疾患へのうつ病の併発は、医療費の面でも重大な影響をもたらす。うつ病を併発した患者は、うつ病を認めない患者に比べ、医療サービスの利用が 3 倍になり、医療費は 2 倍、救急外来利用は 7 倍になるという¹²⁾。うつ病の併発が身体疾患の経過・予後に及ぼす影響が大きいことに加え、医療経済学的な視点からも、うつ病を早期に発見し治療することによる効果が期待される。

しかしながら身体疾患の治療の現場においてうつ病をスクリーニングし、陽性例に安易に抗うつ薬を投与するだけでは、うつ病や身体予後の改善は望めないとの指摘もある¹³⁾。これはうつ病に対する治療を奏功させるためには、個々の症例に関して心理社会的側面からも評価を行い、ケースマネジメントをする必要があることを示していると言える。実際、脳梗塞後の患者の 10 年間の死亡率が、社会的サポートのあるうつ病の併発のない症例が 38% であったのに対し、社会的サポートのないうつ病を併発した症例は 92% であったという報告からも、身体疾患の予後には心理社会的要因が大きく影響していることが示唆されている。これらのことから、プライマリケア医は、心身両面の治療マネジメントが求められていると言えるだろう。

うつ病を見出す

Goldberg は、CMDs 関連の問題を抱えた者が、精神科受診に至るまでを 5 レベルと 4 フィルターのモデルで説明している (表 2)⁸⁾。この中で、レベル 1 の地域において 1 年間に人口 1,000 人あたり約 300 人の人達が精神医学的問題を抱え、プライマリケア医などの医療機関を受診するものが約 80% の 230 人、そのうちプライマリケア医が精神医学的問題を抱えていると判断するのは約 100 人とされている。精神科医療機関に紹介されるレベル 4 はその 25%、精神科医療機関に入院となるのはさらにその 20% とされている。これらの数値は、プライマリケア医の診断技術が重要な意味を持ってくることを示している。長崎大学で行った WHO との共同研究の一つ、Study on Depressive Patients in General Practice (GP 研究, 1977-1980 年) では、内科医と精神科医が独立して診断を行い、最終的に精神科医は ICD-9 に基づいて診断を確定し、その一致率を調べた。その結果、内科医がうつ病でない事例をうつ病でないとみなす力 (特異度) は 99.1% である一方で、うつ病と正しく認識する力 (感度) は 16% にとどまっていた。一方で、内科を受診するうつ病患者においては、典型的な症状ではなく身体的症状が精神症状を明らかに上回っており、症状分布に偏

りがあることも指摘され、内科医の診断能力だけの問題ではないことが示唆された²³⁾。このように、プライマリケア医がうつ病を見出すことには、診断技術の向上、うつ病の症状理解が必要であると思われる。

一般にプライマリアの現場は多忙であり、1人の患者に費やすことができる時間と労力は限られている。こうした状況の中に紛れ込んでくるうつ病患者を見逃さず、的確な治療につなげていくための評価を効率的に行うための方策としてさまざまなスクリーニング法が考案されている。その1つとして、WHOは精神科関連の医療リソースの少ない地域の問題解決のために2008年にMental Health Gap Action Programme (mhGAP)³¹⁾を出版している。その実践のため、mhGAPの介入ツールが開発され、研修プログラムも実施されている。

DSMにおいては、うつ病の診断基準として9項目が挙げられている。これらの事項を1つずつ丁寧に確認していくことは有意義であるが、多忙を極めるプライマリケアの現場において9項目を確認することは困難であるかもしれない。そこで診断上少なくとも1つが該当することが要求されている、特に重要性の高い項目である「抑うつ気分」と「興味または喜びの喪失」に関する2項目のみを質問する「2質問法」が考案されている。この方法はプライマリケアにおけるうつ病スクリーニングとして十分有効であることが示されている³²⁾。

まず抑うつ気分の有無を確認するため、「憂うつな気分がありますか」、「気分が沈んでいませんか」などの質問を行う。続いて興味・喜びの喪失を確認するため、「物事に興味が持てないことはありませんか」、「楽しいはずのことを楽しめないということはありませんか」と問う。2質問法はこの2項目がともに「はい」となればうつ病と診断しようとするものである。簡便な方法であるが、感度・特異度ともに高いことが示されており、うつ病診療の経験の乏しい者であってもうつ病を見落とさないようにする上で有効な診断手法であ

る。ただしDSMの症状は、いずれもほぼ毎日、ほぼ1日中、2週間以上持続していることが条件であり、症状の有無を尋ねるだけであると過剰診断につながるため注意が必要である。この2項目が該当する場合は、うつ病を前提にさらに詳細な情報収集を進め、診断確定につなげていく。

その他、プライマリケア領域において有用なうつ病をスクリーニングするためのツールとして、簡易構造化面接法や自己記入式質問票などが複数存在する。1例として、Patient Health Questionnaire (PHQ)-9^{22,28)}という9項目の自記式質問票が挙げられる。この質問票はDSMのI軸に示される症状を切り取って評価するものであり、わが国の一般病院内科患者においてスクリーニング性能が高いことが確認されている⁹⁾。短時間で施行可能な上、スクリーニング後の重症度モニタリングにも使用可能である点からも評価が高い。実際、スクリーニングを実施したほうが、実施しない場合に比べてうつ病に気づきやすくなるとの報告もあり¹⁹⁾、このような妥当性の確認されたスクリーニング法を有効に活用することは意義深い。

しかしながら病態の全体像を把握するためにはI軸のみならず、II～V軸までの多軸診断による包括的な臨床評価が必要であることは言うまでもなく、あくまでも一手段として参考とする程度にとどめるのが妥当であろう。こうしたスクリーニング法を利用する際には、得点だけを根拠に過剰診断に陥ることがないように配慮が必要であることを強調しておく。

さまざまな方略を経て「うつ病」の診断に至ったとして忘れてはならないことは、その状態が身体疾患や薬物の影響により引き起こされている可能性はないかを検討することである。その場合はうつ状態に対する介入のみならず、個々の病態に応じた対応が必須となるからである。うつ状態を惹起する可能性のある身体疾患としては脳器質疾患をはじめ、内分泌疾患、膠原病などきわめて多彩な疾患がある。またうつ状態を誘発する薬剤としてはβ遮断薬、カルシウム拮抗薬、副腎皮質ステロイド、インターフェロン、抗パーキンソン

薬、H₂受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、経口避妊薬など多くの薬剤がある。常にうつ病を疑いつつも、うつ病以外の病態が関与している可能性についても念頭に置き、既往歴や内服状況などを確認し、対応を誤らないようにしなくてはならない。

治療環境の設定

うつ病の治療ゴールについては、気分の落ち込みを改善し安定した状態を取り戻すこと(寛解)、社会的機能を回復した生活を送ること(回復)が挙げられる。中でも、寛解についてはSTAR*D研究³¹⁾をみてもできるだけ早期に目指すことが必要であろう。このため、プライマリケア医であれ、精神科医であれ、うつ病を強く疑った場合には初期対応を自分がするのか、直ちに精神科専門医療機関などに紹介すべきなのかを見定めることが重要である。患者の病状はもとより、入院施設の有無や器質疾患への対応の可能性などを含め、患者にとってふさわしい治療環境であるか否かを評価し、必要に応じてより適切な医療機関へ紹介する必要がある。

まず評価しなければならないことは自殺の危険性である。希死念慮が明確である場合はもちろんのこと、希死念慮は曖昧であっても自責感が強い場合は容易に自殺念慮につながるため注意が必要である。また自殺の危険性が高い患者の一般的特徴として、65歳以上、男性、単身者に加え、自殺企図の既往歴有、自殺の家族歴有、精神科入院歴有、アルコール・薬物依存、パニック障害、重症身体疾患の併発³³⁾を把握しておくことも判断の一助となる。

家族を含む支援体制の問題も大きい。周囲のサポートの欠如は治療を妨げる要因となるため、患者が療養できる環境にあるか、服薬アドヒアランスを保てるかといった観点で情報収集を行う。うつ病は単に抗うつ薬を服用するだけでは改善しない。重症度という点で必ずしも入院を要さないとしても、状況によっては入院を考慮する必要がある。患者の個別の事情に配慮し、治療を促進する支援体制を構築していかななくてはならない。

プライマリケア医は患者と長い付き合いがあったり、家族をも診療していたりする場合も多く、患者と培ってきた信頼関係に支えられ、患者の変化に気が付きやすく、うつ病を治療する上で良い条件がそろっていることがある。患者にとっても最初から精神科を紹介されるよりも、日頃から診療を受けているプライマリケア医のほうが相談しやすく、抵抗なく治療を受け入れられる可能性がある。このため精神科治療について専門的に学んだ経験がないとしても、プライマリケア医がうつ病診療に取り組むメリットは大きいと言える。ただしうつ病は自殺を含めリスクの高い疾患であることは確かであり、重症例や慢性例など難しい症例は除外することや、一定期間の治療に反応しない場合は精神科に紹介することなど、対応する範囲を明確にしておくことが必要のように思われる。

躊躇せず精神科に紹介したほうがよい症例としては、妄想などの精神病症状を呈する症例、双極性障害が疑われる症例、発達障害、不安障害、パーソナリティ障害、アルコール・薬物依存症などの併存が示唆される症例、認知症との鑑別が難しい症例、産後うつ病、膠原病、内分泌疾患を伴う症例などが挙げられる。その他、第1選択の抗うつ薬を4週程度投与しても反応がない症例や、睡眠薬を2剤使用しても不眠が続く症例も、早めに精神科に紹介したほうがよい。また「新型うつ病」と称される自分自身への愛着が強く他罰的であるなどの特徴を有する非定型うつ病については、従来のメラニコリー親和型の患者に比べ、抗うつ薬が効きにくく慢性化しやすいことや双極性障害の可能性も指摘されており、一見軽症であっても専門医が対応することが望ましいと考えられる。

プライマリケア医と精神科医との連携

プライマリケア医と精神科医の連携を進めることは、うつ病への早期介入を考える上で、大変重要であると考えられる。de Diego-Adeliñoらは、疾病の未治療期間(duration of untreated ill-

ness ; DUI) が短いほど初発うつ病エピソードの治療アウトカムが改善したと報告している¹⁾。先述の受療行動の結果と併せて考えると、DUI の短縮には、プライマリケア医の初期治療の役割が欠かせないことが分かる。一方、プライマリケア医が精神科医に対してコンサルテーションするまでには複数の障壁があるとの指摘がある²⁰⁾。第 1 にプライマリケア医が精神的な問題を自ら扱うことへの恐れ、第 2 にプライマリケア医自身と患者・家族の精神医療に対するスティグマ、第 3 にコンサルテーションする精神科医療機関の選定とそのタイミングの図り方の困難、第 4 に精神科の初診までの待機時間の長さであるという。

プライマリケア医の立場に立ってみれば、うつ病という経験の乏しい疾患を扱うことに不安を抱くのは当然であり、また混雑した外来診療の中で患者の話を丁寧に聴く時間的余裕はないかもしれない。仮にうつ病を強く疑い、何らかの対処の必要を感じたとしても、多くの患者は身体愁訴の解消を求めて受診しており、精神疾患に罹患しているという自覚は乏しく、心理的要因に関する質問を重ねることや、精神科への受診を勧めることに踏み切れない場合もあるだろう。患者にとっては身体の問題を精神的な問題にすり替えられたと感じ、プライマリケア医に不満を抱く可能性もあり、互いの間の信頼関係が揺らぎかねない。精神疾患の可能性について言及すること、精神科受診を勧めることはやはり容易ではないようである。

プライマリケア医を対象にうつ病診療の経験などについて尋ねた調査結果³⁵⁾によれば、何らかの形でうつ病の診療を行っていると感じたプライマリケア医は 41.5% であり、そのうち自らは治療せずに精神科の受診を勧めたり紹介したりすると回答した者が合わせて 29.7% であったのに対し、初期治療を行って回復不十分の場合に紹介すると回答した者は 58.2% であったという。この結果を見ると、うつ病に対しても多様な疾患の 1 つとして迅速に対処しようとするプライマリケア医の存在が窺い知れる。一方、うつ病診療に携わっているプライマリケア医からも、精神科の施

設・診療に関する情報の乏しさや初診までの待機時間の長さ、患者が受診しなかったり、結局戻ってきてしまったりすることを問題点として指摘していた。

現在、静岡県で取り組んでいるうつ・自殺予防対策「富士モデル事業」や大阪における一般医・精神科医ネットワーク研究会 (G-P ネット) など、プライマリケア医と精神科医の連携は全国的に徐々に広がりを見せつつあり、今後の展開が期待される。長崎においても、医師会や精神科病院協会、精神科診療所協会の協力に行政や大学も参加して体制づくりを進めているところである。まずプライマリケア医と精神科医がお互い顔を合わせる機会を持つこと、その際、精神科診療に関する情報を広く公開・共有し、精神疾患への知識や理解 (メンタルヘルス・リテラシー) を深め、簡便な紹介システムを確立することが必要であると言えるだろう。

欧米に学ぶ多職種連携の取り組み

プライマリケアにおいて有効なうつ病診療の体制として、「Collaborative Care」が注目されている。この取り組みは日本語では「協同的ケア」などと訳されるが、欧米で 10 年以上前から始まり、有効性を示すエビデンスが蓄積されている^{1,7)}。その対象となるのは、軽症から中等症のうつ病患者であり、プライマリケア医が診療の主体となって多職種協同でケースマネジメントしながら治療を行い、精神科医がそのバックアップを行う。中等症から重症の患者など、精神科で診療すべきと判断された患者については、この枠組みには入れず、精神科に紹介して治療を行う。

「協同的ケア」の概略は以下の 4 点にまとめられる。第 1 にプライマリケア医が操作的診断基準によるうつ病の診断を行った上で抗うつ薬による治療を開始すること、第 2 に地域の病院などに所属する精神科看護師や心理職などがケースマネージャーとして機能すること、第 3 にケースマネージャーが電話などで定期的に患者に連絡を取り、症状の変化や通院・服薬の状況、副作用の

有無などを確認し相談に応じること、第4に精神科医がケースマネージャーに対しスーパービジョンを行うことである。関与するスタッフはいずれも「協同的ケア」に関して研修を受けるとされる。このうち系統的なうつ病スクリーニングを行うこと、訓練を受けたケースマネージャーが配置されること、定期的に精神保健の専門家によるスーパービジョンを受けることの3点は効果と関連する要素であるという。

先に述べたようにうつ病を改善させるためには、単に薬物療法を行うのではなく、心理社会的側面からも支援を行うことが欠かせない。うつ病であるにもかかわらず適切な支援を受けられていない患者が多いとされるわが国においては、うつ病患者を包括的に支えるシステムづくりが求められていると考えられ、「協同的ケア」に示されるような多職種協同での手厚い支援を参考に、わが国の現状に見合ったシステムを模索していくことは有意義であると思われる。その際、地域の医療環境やさまざまな支援サービスに関する実情を把握し、相互に連携し合う可能性を探っていくことが重要である。

「協同的ケア」についてわが国の状況を照らし合わせてみると、うつ病への理解を深め診療に主体的に取り組もうとするプライマリケア医も存在する一方で、うつ病の診療に自らが携わることには消極的なプライマリケア医も多いこと、関係機関が密に連携することが難しいこと、電話などで患者にこまめに連絡を取るなど手厚い支援を行うだけの人材確保のハードルが高いことなど、さまざまな問題点が浮かび上がってきそうである。しかしながらわが国においてうつ病のために医療機関を受診する患者が増加の一途をたどっており、その背後には多くの未受診患者が潜んでいることが推測される現状にあつては、実効性のあるうつ病対策の充実は急務の課題であり、プライマリケア医が精神科医と連携しながら不安なく初期診療を行い、地域の中で患者を支える体制づくりを考えていかなければならないと思われる。

うつ病に限ったことではないが、治療導入から

再発予防に至るまで、治療者と患者はもとより、プライマリケア医と精神科医とが患者の状態や治療の方向性について共通理解を持つことも重要である。うつ病に関してより多くの知識や経験を有する精神科医が、プライマリケア医の指南役になるという構図ではなく、それぞれの強みを生かしながら互いに知恵を出し合うような関係を探っていくことが求められると言える。

おわりに

本稿ではプライマリケアの現場でうつ病を早期に見出し、的確な治療につなげていく方策について、またその際重要になるプライマリケア医と精神科医の連携のあり方について、うつ病患者の支援につなげていく体制づくりについて、これまでに得られた知見を中心にまとめた。

うつ病患者の多くは自らうつ病を疑い精神科を訪れるのではなく、プライマリケア医を受診する。また身体疾患の治療過程でうつ病を併発した場合も、最初に対応するのは精神科医ではないことが多いであろう。精神科医はメンタルヘルスの専門家としてうつ病を的確に診断し、最前の治療法を提供することを第1に求められるが、これからは単に紹介されてくる患者を待っているだけではなく、プライマリケア医をはじめ関係機関と広く連携を取り、患者の心理社会的側面にも配慮しながら、真に有益な支援のあり方を模索するために機能することへの期待も高まっていくと思われる。

文献

- 1) Bower P, Gilbody S, Richards D, et al : Collaborative care for depression in primary care : Making sense of complex intervention : Systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 189 : 484-493, 2006
- 2) Carney RM, Freeland KE, Veith RC : Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosom Med* 67 (suppl 1) : S29-S33, 2005
- 3) Chrapko WE, Jurasz P, Radomski MW, et al : Decreased platelet nitric oxide synthase activity and plasma nitric oxide metabolites in

- major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 56 : 129-134, 2004
- 4) de Diego-Adeliño J, Portella MJ, Puigdemont D, et al : A short duration of untreated illness (DUI) improves response outcomes in first-depressive episodes. *J Affect Disord* 120 (Issues 1-3) : 221-225, 2010
 - 5) Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al : Mood disorders in the medically ill : Scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 58 : 175-189, 2005
 - 6) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M : Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 270 : 1819-1825, 1993
 - 7) Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al : Collaborative care for depression. *Arch Intern Med* 166 : 2314-2321, 2006
 - 8) Goldberg D, Huxley P : *Common Mental Disorders ; A Bio-Social Model*, London, Routledge, 1992 (中根允文訳 : 一般診療科における不安と抑うつ, 創造出版, pp 5, 2000)
 - 9) 稲垣正俊, 山田光彦, 大槻露華, 他 : 一般身体診療科におけるうつ病の早期発見と治療への導入に関する研究. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書, 2012
 - 10) Katon WJ, Rutter C, Simon G, et al : The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28 : 2668-2672, 2005
 - 11) 川上憲人 : 平成 16~18 年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究」総合研究報告書, 2007
 - 12) 岸泰宏 : コンサルテーション・リエゾン精神医学の経済効率, 山脇成人編 : リエゾン精神医学とその治療学, 中山書店, pp 11-18, 2003
 - 13) 岸泰宏 : 身体疾患患者におけるうつ病の早期発見・早期治療. *精神科治療学* 28 : 1431-1436, 2013
 - 14) Kop WJ, Gottdiener JS : The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psychosom Med* 67 (suppl 1) : S37-S41, 2005
 - 15) 厚生労働省 : 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html>). 2010
 - 16) Lin EH, Katon W, Von Korff M, et al : Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 27 : 2154-2160, 2004
 - 17) 三木治 : プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. *心身医学* 42 : 585-591, 2002
 - 18) 三木治 : プライマリケアにおけるうつ病診療の実際. うつ病の診断学—身体症状からみたうつ病. *Prog Med* 27 : 605-616, 2007
 - 19) Mitchell AJ, Vaze A, Rao S : Clinical diagnosis of depression in primary care : A meta-analysis. *Lancet* 374 : 609-619, 2009
 - 20) 宮崎仁 : PIPC (Psychiatry in Primary Care) : プライマリケア医と精神科医がともに創造する連携の形. *精神経誌* 113 : SS364-SS370, 2011
 - 21) Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al : Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 150 : 124-129, 1993
 - 22) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al : The Patient Health Questionnaire. Japanese version : Validity according to the MINI-International Neuropsychiatric Interview-PLUS. *Psychol Rep* 101 : 952-960, 2007
 - 23) 中根允文 : 社会精神医学のいま 疫学的精神医学へのアプローチ, 中山書店, 2010
 - 24) 尾崎紀夫 : 不眠の訴えからうつ病診療へ—一般診療における留意点. *日経メディカル* 3 月号 : 132-133, 2005
 - 25) Paeikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, et al : The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over 2-year-follow up. *Arch Neurol* 47 : 785-792, 1990
 - 26) Riemann D, Voderholzer U : Primary insomnia : A risk factor to develop depression? *J Affect Disord* 76 : 255-259, 2003
 - 27) Simon GE, Vonkorff M, Piccinelli M, et al : An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 341 : 1329-1335, 1999
 - 28) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JSB, et al : Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD : The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 282 : 1734-1744, 1999
 - 29) 杉山直也, 河西千秋, 井出広幸, 他 : プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理, 南山堂, 2009
 - 30) Timonen M, Laakso M, Jokelainen J, et al : Insulin resistance and depression : Cross sectional study. *BMJ* 330 : 17, 2004
 - 31) Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al : Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in

- STAR*D : Implications for clinical practice. Am J Psychiatry 163 : 28-40, 2006
- 32) Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al : Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 12 : 439-445, 1997
- 33) Whooley MA, Simon GE : Managing depression in medical outpatients. N Engl J Med 343 : 1942-1950, 2000
- 34) World Health Organization : mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, 2010 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/)
- 35) 安田貴昭, 五十嵐友里, 堀川直史 : プライマリケアにおけるうつ病診療の実態—「Collaborative Care (共同的ケア)」を実施するための予備調査. 精神科治療学 28 : 941-950, 2013

論文公募のお知らせ

テーマ : 「東日本大震災を誘因とした症例報告」

「精神医学」誌では、「東日本大震災を誘因とした症例報告」(例 : 統合失調症, 感情障害, アルコール依存症の急性増悪など)を募集しております。先生方の経験された貴重なご経験をぜひとも論文にまとめ、ご報告ください。締め切りはございません。随時受け付けております。

ご論文は、「精神医学」誌編集委員の査読を受けていただいたうえで掲載となりますこと、ご了承ください。

■募集欄

「研究と報告」: 400字×20枚程度(図表, 文献を含む。分量は, 今回の募集用に調整してあります。)。300字の和文抄録と, できる限り英文抄録(300語以内)をおつけください。

「短報」: オリジナリティのある症例報告。400字×11枚以内。

「私のカルテから」: 日常臨床で遭遇した心に残った症例。400字×8枚以内。

* 詳細は, 弊誌投稿規定をご覧ください。

■ご送付先 : 〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 医学書院「精神医学」編集室

* お問い合わせは, ☎ 03-3817-5711 までお願いします。